

	System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
	Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21
		KZ 2.1

	Stanowisko:	Imię i nazwisko:	Data:	Podpis:
Opracował:	Specjalista ds. epidemiologii	Elżbieta Wolf	29. 04. 2025	<i>mgr Elżbieta Wolf</i> Specjalista ds. epidemiologii 1200021P
Sprawdził:	Przewodniczący Zespołu Kontroli Zakażeń	Katarzyna Burchart-Adamczyk	29. 04. 2025	<i>Katarzyna Burchart-Adamczyk</i> Specjalista zakażeń 3043407
Zatwierdził:	Dyrektor	Sławomir Wysocki	29. 04. 2025	DYREKTOR Wojewódzkiego Specjalistycznego ZZOZ Chorób Płuc i Gruźlicy w Włocławku <i>lek. med. Sławomir Wysocki</i>

Uwaga! Niniejszy dokument jest własnością Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Włocławku i nie może być upowszechniany ani kopiowany bez zgody Dyrektora lub Pełnomocnika ds. SZJ.

1. Cel procedury

Celem procedury jest ujednolicenie kryteriów rozpoznawania i monitorowania zakażeń szpitalnych.

2. Zakres stosowania

Zasady postępowania opisane w niniejszej procedurze dotyczą wszystkich pracowników medycznych Wojewódzkiego Specjalistycznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej Chorób Płuc i Gruźlicy w Włocławku.

3. Terminologia

- 3.1. Zakażenie szpitalne (HAI)** – zakażenie, które wystąpiło w związku z udzieleniem świadczeń zdrowotnych, w przypadku gdy choroba:
- nie pozostawała w momencie udzielania świadczeń zdrowotnych w okresie wylegania
 - wystąpiła po udzieleniu świadczeń zdrowotnych, w okresie nie dłuższym niż najdłuższy okres jej wylegania

Za początek zakażenia szpitalnego przyjmuje się:

- Trzecią dobę po przyjęciu (po upływie 48 godzin)
Lub
- Pierwszą lub drugą dobę od przyjęcia, gdy są spełnione kryteria zakażenia miejsca operowanego (z włączeniem 30 dni lub 90 dni od zabiegu operacyjnego)
Lub
- Pierwszą lub drugą dobę od przyjęcia w przypadku pacjentów wypisanych w ciągu ostatnich **48 godzin** z zakładu opieki zdrowotnej
Lub

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

- Pierwszą lub drugą dobę od przyjęcia, jeśli pacjent został wypisany w ciągu ostatnich **28 dni** ze szpitala lub jednostki opieki długoterminowej w przypadku wystąpienia objawów zakażenia *Clostridioides difficile*
Lub
- Pierwszą lub drugą dobę od przyjęcia, jeśli wprowadzono cewnik naczyniowy lub rurkę intubacyjną/tracheotomijną

4. Odpowiedzialność

4.1. Za zapewnienie profilaktyki i kontroli zakażeń w szpitalu odpowiada Dyrektor Zespołu Zakładów.

4.2. System zapobiegania zakażeniom szpitalnym jest realizowany poprzez strukturę organizacyjną funkcjonującą w oparciu o współpracę ze wszystkimi oddziałami i działami szpitala.

4.3. Wszyscy pracownicy medyczni odpowiedzialni są za przestrzeganie procedury – każdy w swoim zakresie.

4.4. Nadzór nad wszystkimi czynnościami związanymi z procedurą pełni: Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, Kierownicy, Ordynatorzy oddziałów, Pielęgniarki oddziałowe, personel łącznikowy - każdy w swoim zakresie.

5. Tryb postępowania

5.1 W chwili przyjęcia chorego lekarz dokonuje oceny ryzyka zakażenia (formularz w dokumentacji elektronicznej).

5.2 Zakażenie szpitalne rozpoznaje się na podstawie przedstawionych w procedurze kryteriów.

5.3 W przypadku podejrzenia lub wystąpienia zakażenia szpitalnego lekarz prowadzący lub personel łącznikowy wypełnia elektronicznie Kartę Rejestracji Zakażenia Szpitalnego i zgłasza fakt pielęgniarce epidemiologicznej.

5.4 Karty Rejestracji Zakażenia Szpitalnego analizowane są (w oparciu o dokumentację i w razie konieczności rozmowę z lekarzem prowadzącym) przez Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych, który dokonuje ostatecznej kwalifikacji zakażenia.

5.5 Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych prowadzi rejestr zakażeń szpitalnych i czynników alarmowych.

5.6 W przypadku podejrzenia zakażenia szpitalnego na podstawie objawów zalecane jest pobranie odpowiedniego materiału do badania.

5.7 Jeśli jest konieczność (choroba zakaźna) i możliwości, należy zastosować izolację chorego odpowiednią do rodzaju zakażenia.

5.8 W przypadku podejrzenia lub rozpoznania uwzględnionej w obowiązującym wykazie choroby zakaźnej, zakażenia lub zgonu, lekarz dokonuje zgłoszenia z uwzględnieniem

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

obowiązującego druku i formy zgłoszenia (Załącznik nr 1).

- 5.9** Raz na pół roku Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych opracowuje raport o zakażeniach szpitalnych i drobnoustrojach alarmowych, który przekazuje Dyrekcji Zespołu Zakładów, Komitetowi Kontroli Zakażeń Szpitalnych oraz Kierownikom oddziałów i działów szpitalnych a także personelowi tęcznikowemu.
- 5.10** Zgodnie z obowiązującymi przepisami i w wyznaczonym terminie raz na rok Zespół Kontroli Zakażeń Szpitalnych sporządza i przekazuje do GIS-u okresowy raport o sytuacji epidemiologicznej szpitala.

6 Kryteria rozpoznawania najczęściej występujących zakażeń

Definicje zakażeń związanych z opieką zdrowotną (HAI) obowiązujące od 1 stycznia 2016r.

6.1 Zapalenie płuc (PN)

Zapalenie płuc

Zapalenie płuc stwierdzono w dwóch lub większej liczbie seryjnych zdjęć klatki piersiowej lub badaniach tomograficznych w przypadku współwystępujących chorób układu sercowo-naczyniowego lub oddechowego (jeśli jest możliwe porównanie z wcześniejszym wynikiem badania obrazowego, dwa nowe badania nie są konieczne). W przypadku pozostałych pacjentów wystarczające jest jedno badanie obrazowe.

oraz przynajmniej jedno z poniższych:

- Gorączka > 38 °C bez innej przyczyny
- Leukopenia (<4000 WBC/mm³) lub leukocytoza (> 12 000 WBC/mm³)

oraz przynajmniej jeden z poniższych objawów (lub przynajmniej dwa jeśli ma być postawione rozpoznanie zapalenia płuc = PN 4 i PN 5

- Pojawienie się ropnej płwociny lub zmiana charakteru już występującej (kolor, zapach, ilość, konsystencja)
- kaszel, duszność lub przyspieszenie częstości oddechów
- Występowanie objawów osłuchowych (furczenia lub szmery oskrzelowe), trzeszczenia, świsty
- Pogorszenie wymiany gazowej (np. spadek prężności tlenu we krwi tętniczej lub konieczność zwiększenia stężenia tlenu w mieszaninie oddechowej lub wysięk oddechowy)

oraz w powiązaniu z metodami diagnostycznymi:

Badania mikrobiologiczne

PN 1 - Dodatni posiew ilościowy minimalnie skontaminowanego materiału z dolnych dróg oddechowych

- Poptuczyny oskrzelowo-pęcherzykowe (BAL) z wzrostem > 10⁴ CFU2/ml lub w badaniu mikroskopowym BAL stwierdzenie wewnątrzkomórkowych drobnoustrojów w ≥5% komórek.

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

- Chroniony wymaz szczoteczkowy z wzrostem >103 CFU/ml
- Głęboki chroniony aspirat (DPA) z wzrostem > 103 CFU/ml

PN 2 - Dodatni posiew ilościowy prawdopodobnie skontaminowanej próbki z dolnych dróg oddechowych

- Ilościowy posiew próbki materiału pobranego z dolnych dróg oddechowych (np. aspiratu tchawiczego) z wzrostem $\geq 10^6$ CFU/ml

Alternatywne metody mikrobiologiczne (PN3)

- Dodatni posiew krwi bez związku z zakażeniem zlokalizowanym w innym miejscu
- Dodatni posiew płynu opłucnowego
- Ropniak opłucnej lub ropień płuca stwierdzony w trakcie aspiracji igłowej
- Zmiany zapalne wykazane w badaniu histopatologicznym
- Dodatnie wyniki badań w kierunku wirusów lub innych drobnoustrojów (*Legionella* spp., *Aspergillus* spp., prątki, *Mycoplasma* spp., *Pneumocystis jiroveci*)
- Dodatni wynik badania w kierunku antygenów wirusów lub przeciwciał w wydzielinie dróg oddechowych (np. EIA, FAMA, PCR)
- Dodatni wynik badania bezpośredniego lub dodatknej hodowli wydzieliny lub tkanek dróg oddechowych
- Serokonwersja (np.: wirusy grypy, *Legionella* spp., *Chlamydia* spp.)
- Wykrycie antygenu w moczu (*Legionella*)

Inne postacie

- Dodatni posiew płwociny lub dodatni posiew wydzieliny dolnych dróg oddechowych wykonany jakościowo (PN 4)
- Brak dodatnich wyników badań mikrobiologicznych (PN 5)

6.2. Zapalenie dolnych dróg oddechowych inne niż zapalenie płuc (LRI)

Zapalenie oskrzeli, tchawicy i oskrzeli, zapalenie oskrzelików, zapalenie tchawicy bez cech zapalenia płuc (LRI- BRON)

Zapalenie oskrzeli i tchawicy musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

U pacjenta nie występują kliniczne i radiologiczne cechy zapalenia płuc oraz

u pacjenta występują co najmniej dwa spośród poniższych objawów, bez innej uchwytnej przyczyny:

- gorączka ($>38^{\circ}$ C),
- kaszel, pojawienie się lub zwiększone wytwarzanie płwociny,
- furczenia, świsty

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

oraz przynajmniej jedno z poniższych:

- dodatni posiew wydzieliny pobranej drogą głębokiej aspiracji tchawiczej lub bronchoskopii
- dodatni test na obecność antygenu w wydzielinie dróg oddechowych.

Inne zakażenia dolnych dróg oddechowych (LRI-LUNG)

Inne zakażenia dolnych dróg oddechowych muszą spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- w preparacie mikroskopowym lub hodowli tkanki płucnej bądź płynu opłucnowego stwierdzono obecność drobnoustrojów.
- u pacjenta stwierdzono ropień płuca lub ropniak opłucnej w trakcie zabiegu operacyjnego lub badania histopatologicznego.
- W badaniu radiologicznym stwierdzono w płucu jamę ropnia.

6.3. Zakażenia górnych dróg oddechowych, zapalenie gardła, krtań, nagłośni (EENT - UR)

Zakażenie górnych dróg oddechowych musi spełnić co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

1) U pacjenta stwierdza się co najmniej dwa spośród poniższych objawów, bez innej uchwytnej przyczyny:

- gorączka (>38o C),
- zaczerwienienie gardła, ból gardła, chrypka, wysięk w gardle
- kaszel,

oraz przynajmniej jeden z poniższych:

- z miejsca objętego zakażeniem izolowano drobnoustroje
- z próbki krwi izolowano drobnoustroje
- dodatni test na obecność antygenu we krwi lub wydzielinach dróg oddechowych
- stwierdzono diagnostyczne miano przeciwciał przeciwko drobnoustrojowi w pojedynczej próbce w klasie IgM lub czterokrotny wzrost miana przeciwciał w klasie IgG w sparowanych próbkach surowic
- lekarz rozpoznał zakażenie górnych dróg oddechowych.

2) U pacjenta stwierdzono w trakcie badania, zabiegu operacyjnego lub badania histopatologicznego występowanie ropnia.

6.4. Zakażenie układu pokarmowego – GI

Zakażenie wywołane przez *Clostridioides difficile* (GI-CDI)

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

Zakażenie wywołane przez *Clostridioides difficile* (wcześniej określane mianem biegunki związanej z *Clostridium difficile*) musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- stolce biegunkowe lub *megacolon toxicum* i dodatni wynik badania laboratoryjnego na obecność toksyny A lub B *C. difficile* w stolcu lub potwierdzenie obecności toksynotwórczego szczepu innymi metodami np. PCR.
- cechy rzekomobłoniastego zapalenia jelita grubego w endoskopii dolnego odcinka przewodu pokarmowego
- cechy zakażenia *C. difficile* (z obecnością lub bez biegunki) w badaniu histopatologicznym próbki pobranej w trakcie endoskopii, kolektomii lub autopsji.

UWAGA:

Jeśli objawy zakażenia *Clostridioides difficile* pojawią się w ciągu 28 dni od wypisania pacjenta ze szpitala, GI-CDI musi być raportowane jako **zakażenie szpitalne**.

Zakażenie układu pokarmowego (z wyłączeniem CDI, GI-GE)

Zakażenie układu pokarmowego musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) U pacjenta wystąpiła ostra biegunka (płynne stolce przez czas dłuższy niż 12 godzin) z towarzyszącymi wymiotami lub bez nich lub z gorączką ($>38^{\circ}\text{C}$) z wykluczeniem przyczyn nieinfekcyjnych (np. badania diagnostyczne, leki inne niż przeciwdrobnoustrojowe, zaostrzenie chorób przewlekłych lub stres).
- 2) U pacjenta występują co najmniej dwa spośród poniższych objawów, bez innej uchwytnej przyczyny:
 - nudności, wymioty, bóle brzucha,
 - gorączka ($>38^{\circ}\text{C}$),

lub bóle brzucha oraz przynajmniej jedno z poniższych:

- z próbki kału lub wymazu z odbytu wyizolowano patogen jelitowy
- w mikroskopii klasycznej lub elektronowej stwierdzono patogen jelitowy
- zakażenie patogenem jelitowym potwierdzono poprzez wykrycie antygenów w próbce kału lub w surowicy stwierdzono obecność przeciwciał
- zakażenie potwierdzono w teście cytotoksyczności w hodowli tkankowej
- stwierdzono diagnostyczne miano przeciwciał przeciwko drobnoustrojowi w pojedynczej próbce w klasie IgM lub czterokrotny wzrost miana przeciwciał w klasie IgG w sparowanych próbkach surowic.

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

Zakażenia układu pokarmowego (przełyk, żołądek, jelito cienkie i grube oraz odbytnica) z wyłączeniem zapalenia żołądka i jelit oraz zapalenia wyrostka robaczkowego (GI-GIT)

Zakażenie układu pokarmowego z wyłączeniem zapalenia żołądka i jelit oraz zapalenia wyrostka robaczkowego musi spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) U pacjenta stwierdzono ropień lub zakażenie potwierdzone w trakcie zabiegu operacyjnego lub badania histopatologicznego.
- 2) U pacjenta występują co najmniej dwa spośród poniższych objawów bez innej uchwytnej przyczyny i nie są powiązane z zakażeniem innych narządów bądź tkanek:
 - gorączka (>38° C),
 - nudności, wymioty, ból lub tłliwość brzucha

oraz przynajmniej jedno z poniższych:

- z wysięku lub tkanek pobranych w trakcie zabiegu operacyjnego, endoskopii lub drenu wprowadzonego chirurgicznie wyizolowano drobnoustroje
- w preparacie z wysięku lub tkanek pobranych w trakcie zabiegu operacyjnego, endoskopii lub drenu wprowadzonego chirurgicznie barwionym metodą Grama lub po traktowaniu KOH stwierdzono drobnoustroje wielojądrowe komórki olbrzymie
- z próbki krwi izolowano drobnoustroje
- w badaniu radiologicznym stwierdzono zmiany patologiczne
- zmiany patologiczne potwierdzono w badaniu endoskopowym (np. grzybicze zapalenie przełyku).

Zapalenie wątroby (GI-HEP)

Zapalenie wątroby musi spełnić poniższe kryterium:

- 1) U pacjenta występują co najmniej dwa spośród poniższych objawów, bez innej uchwytnej przyczyny:
 - gorączka (>38° C),
 - jadłowstręt,
 - nudności, wymioty, bóle brzucha,
 - żółtaczka,
 - transfuzja krwi w przeciągu ostatnich trzech miesięcy w wywiadzie

oraz przynajmniej jedno z poniższych:

- dodatni test na obecność antygenów lub przeciwciał w kierunku WZW A, WZW B, WZW C, lub WZW delta
- nieprawidłowości w badaniach czynności wątroby (np. podniesione ALT/ AST, bilirubina)
- w moczu lub wydzielinie nosowo-gardłowej stwierdzono obecność wirusa cytomegalii (CMV).

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

Wskazówki dotyczące raportowania:

- zapalenie wątroby lub żółtaczką o podłożu nieinfekcyjnym nie powinny być zgłaszane.
- zapalenie wątroby lub żółtaczką spowodowane ekspozycją na hepatotoksyny, o podłożu nieinfekcyjnym lub kamicą nie powinny być raportowane.

6.5. Zakażenia układu moczowego - UTI

Objawowe zakażenie układu moczowego potwierdzone mikrobiologicznie (UTI-A)

1) U pacjenta występuje przynajmniej jeden z objawów:

- gorączka ($>38^{\circ}\text{C}$)
- parcie na mocz,
- częstomocz, dysuria, lub tkliwość w okolicy nadłonowej

oraz

- stwierdzono dodatni posiew moczu, czyli $\geq 10^5$ drobnoustrojów w 1 ml moczu przy występowaniu nie więcej niż dwóch gatunków drobnoustrojów.

Objawowe zakażenie układu moczowego bez potwierdzenia mikrobiologicznego (UTI-B)

1) U pacjenta występuje przynajmniej jeden z objawów:

- gorączka ($>38^{\circ}\text{C}$)
- parcie na mocz,
- zwiększona częstość oddawania moczu, dysuria, lub tkliwość w okolicy nadłonowej

oraz spełnione jest przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:

- dodatni test paskowy na obecność esterazy leukocytów lub azotanów
- ropomocz ≥ 10 WBC/ml lub ≥ 3 WBC/w polu widzenia w nieodwirowanym moczu
- widoczne drobnoustroje w preparacie z nieodwirowanego moczu zabarwionym metodą Grama
- przynajmniej dwa dodatnie posiewy moczu z izolacją tego samego uropatogenu
- (bakterie Gram-ujemne lub *S. saprophyticus*) z wzrostem $\geq 10^2$ CFU/ml moczu $\leq 10^5$ CFU/ml z izolacją uropatogenu (bakterie Gram-ujemne lub *S. saprophyticus*) u pacjenta skutecznie leczonego z powodu zakażenia układu moczowego
- lekarz rozpoznał zakażenie układu moczowego
- lekarz włączył stosowne leczenie z powodu zakażenia układu moczowego

Bezobjawowa bakteriuria (UTI-C; należy wyłączyć z monitorowania)

- pacjent nie ma gorączki ($>38^{\circ}\text{C}$), parcia na mocz, częstomoczu, dysurii, lub tkliwości w okolicy nadłonowej

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

- stwierdzono dodatni posiew moczu ze wzrostem nie więcej niż dwóch gatunków drobnoustrojów $\geq 10^5$ CFU/ml moczu.

6.6. Zakażenie łóżyska naczyniowego - BSI

Laboratoryjnie potwierdzone zakażenie łóżyska naczyniowego

1) Jeden dodatni posiew krwi z obecnością uznanego patogenu (drobnoustroje inne niż flora skóry) lub

2) Pacjent ma jeden z poniższych objawów:

- gorączka ($>38^{\circ}\text{C}$.)
- dreszcze, lub hipotensja oraz
- dwa dodatnie posiewy krwi, z których izolowano florę skóry (z dwóch niezależnych próbek krwi, zazwyczaj pobranych w ciągu 48 godzin).

flora skóry = gronkowce koagulazo-ujemne, *Micrococcus spp.*, *Propionibacterium acnes*, *Bacillus spp.*, *Corynebacterium spp.*

Źródła zakażenia łóżyska naczyniowego

Związane z cewnikiem naczyniowym:

- ten sam drobnoustrój został izolowany z końcówki cewnika naczyniowego lub objawy zakażenia ustąpiły w ciągu 48 godzin od usunięcia cewnika naczyniowego (C-PVC: cewnik obwodowy, C-CVC: centralny cewnik naczyniowy)

Wtórne do innego zakażenia:

- ten sam drobnoustrój był izolowany z innego ogniska zakażenia lub istnieje silne kliniczne podejrzenie, że zakażenie łóżyska naczyniowego jest wtórne do zakażenia toczącego się w innym miejscu, przeprowadzonej procedury inwazyjnej lub wprowadzenia ciała obcego, np. zapalenie płuc, zakażenie układu moczowego, zakażenie układu pokarmowego

Nieznane pochodzenie (UO):

- zakażenie łóżyska naczyniowego bez ustalonego pochodzenia (w trakcie przeprowadzonej weryfikacji nie znaleziono źródła)

6.7. Zakażenia związane z cewnikiem naczyniowym – CRI

Miejscowe zakażenie związane z cewnikiem centralnym (brak dodatniego posiewu krwi)

- wzrost w ilościowym posiewie końcówki CVC $\geq 10^3$ CFU/ml (1) lub półilościowym posiewie końcówki CVC > 15 CFU (2)

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

oraz

- ropa/naciek zapalny w miejscu wprowadzenia cewnika naczyniowego lub na wysokości tunelu

Miejscowe zakażenie związane z cewnikiem obwodowym (bez dodatniego posiewu krwi)

- wzrost w ilościowym posiewie końcówki PVC $\geq 10^3$ CFU/ml lub półilościowym posiewie końcówki PVC > 15 CFU

oraz

- ropny wysięk/naciek zapalny w miejscu wprowadzenia cewnika naczyniowego lub na wysokości tunelu

Uogólnione zakażenie związane z cewnikiem centralnym (brak dodatniego posiewu krwi)

- wzrost w ilościowym posiewie końcówki CVC $\geq 10^3$ CFU/ml (1) lub w półilościowym posiewie końcówki CVC > 15 CFU (2)

oraz

- poprawa kliniczna w ciągu 48 godzin od usunięcia cewnika naczyniowego

Uogólnione zakażenie związane z PVC (brak dodatniego posiewu krwi)

- wzrost w ilościowym posiewie końcówki PVC $\geq 10^3$ CFU/ml lub w półilościowym posiewie końcówki PVC > 15 CFU

oraz

- poprawa kliniczna w ciągu 48 godzin od usunięcia cewnika naczyniowego

Zakażenie łóżyska naczyniowego związane z CVC potwierdzone mikrobiologicznie

Zakażenie pojawiające się w ciągu 48 godzin od wprowadzenia lub usunięcia cewnika i dodatni posiew krwi ze wzrostem tego samego drobnoustroju przy równoczesnym stwierdzeniu:

- wzrostu w ilościowym posiewie końcówki CVC $\geq 10^3$ CFU/ml lub półilościowym posiewie końcówki CVC > 15 CFU
- wzrostu w ilościowym posiewie krwi pobranej poprzez cewnik pięciokrotnie większej liczby CFU drobnoustrojów w porównaniu z krwią pobraną z obwodu
- różnicy w czasie detekcji dodatnich próbek w automatycznym systemie przekraczającą 2 godziny (próbka pobrana poprzez cewnik jest wykazana jako dodatnia wcześniej niż próbka krwi z obwodu)
- izolacja z próbki krwi pobranej z obwodu tego samego drobnoustroju, co z ropy w miejscu wprowadzenia cewnika

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

Zakażenie łóżyska naczyniowego związane z cewnikiem obwodowym potwierdzone mikrobiologicznie

Zakażenie pojawiające się po 48 godzinach od wprowadzenia lub usunięcia cewnika oraz dodatni posiew krwi ze wzrostem tego samego drobnoustroju równocześnie z:

- wzrostem w ilościowym posiewie końcówki PVC $\geq 10^3$ CFU/ml lub półilościowym posiewie końcówki PVC > 15 CFU
- izolacją z próbki krwi pobranej z obwodu tego samego drobnoustroju, co z ropy w miejscu wprowadzenia cewnika

6.8. Zakażenie skóry i tkanki podskórnej (SST)

Zakażenia skóry (SST-SKIN)

Zakażenie skóry musi spełniać oba następujące kryteria:

- 1) Pojawienie się ropnego wycieku, pęcherzy lub czyraków.
- 2) Wystąpienie następujących objawów dotyczących zmienionych chorobowo miejsc:

- zlokalizowany ból lub tkliwość,
- obrzęk, zaczerwienienie lub zwiększona ciepłota (miejscowa)

lub występuje jedna z poniższych cech:

- wyizolowanie drobnoustroju z aspiratu lub wyciek z dotkniętego chorobowo miejsca, jeżeli drobnoustrój pochodzi z normalnej flory skórnej musi to być czysta hodowla pojedynczego gatunku
- wyizolowanie drobnoustroju z krwi,
- dodatni wynik testu antygenowego z zakażonej tkanki lub krwi,
- diagnostyczne miano dla pojedynczego przeciwciała (IgM) oraz czterokrotny wzrost miana dla patogenu w parze próbek surowicy (IgG)

Zakażenia tkanek miękkich (martwicze zapalenie powięzi, zgorzel gazowa, martwicze zapalenie tkanki podskórnej, zapalenie mięśni, węzłów lub naczyń chłonnych SST-ST)

Zakażenia tkanek miękkich muszą spełniać co najmniej jedno z poniższych kryteriów:

- 1) Z wysięku lub fragmentu tkanki pobranego ze zmian izolowano drobnoustroje.
- 2) W obrębie zmian występuje ropny wysięk.
- 3) U pacjenta stwierdzono ropień lub inne cechy zakażenia w trakcie zabiegu operacyjnego lub badania histopatologicznego.
- 4) U pacjenta występują w obrębie zmian co najmniej dwa spośród poniższych objawów, bez innej uchwytnej przyczyny:
 - zlokalizowany ból lub tkliwość,
 - zaczerwienienie, obrzęk lub ucieplenie

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

oraz co najmniej jedno z poniższych:

- z próbki krwi izolowano drobnoustroje
- w próbce krwi lub moczu wykryto obecność antygeny (np. *H. influenzae*, *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, paciorkowców grupy B, *Candida spp.*)
- stwierdzono znamienne miano przeciwciał przeciwko patogenowi w klasie IgM bądź czterokrotny wzrost przeciwciał w klasie IgG w sparowanych próbkach surowic

Zakażenie rany odleżynowej (powierzchowne i głębokie SST-DECU)

U pacjenta występują co najmniej dwa spośród poniższych objawów bez innej uchwytnej przyczyny:

- zaczerwienienie,
- tkliwość lub obrzęk w obrębie brzegów rany odleżynowej

oraz oba z następujących:

- wyizolowanie drobnoustroju w hodowli z płynu pobranego aspiracją igłową lub z biopsji tkanki pobranej z brzegów owrzodzenia,
- wyizolowanie drobnoustroju z posiewu krwi.

Komentarz: Obecność ropnego wysięku nie jest dowodem na występowanie zakażenia. Izolacja drobnoustrojów z materiału pobranego z powierzchni rany odleżynowej nie jest dowodem na występowanie zakażenia. Prawidłowo pobrana próbka do badania mikrobiologicznego to: **zaaspirowany przy pomocy igły i strzykawki płyn lub bioptat z obrzeża rany.**

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

Załącznik nr 1

**ZAKAŻENIA I CHOROBY ZAKAŻNE, W PRZYPADKU KTÓRYCH PODEJRZENIA LUB ROZPOZNANIA
ZAKAŻENIA, CHOROBY ZAKAŻNEJ LUB ZGONU Z ICH POWODU DOKONUJE SIĘ ZGŁOSZENIA**

(Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 10 grudnia 2019 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1045)

Część I. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia każdorazowo telefonicznie oraz potwierdza w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) błonica;
- 2) bruceloza;
- 3) cholera lub zakażenie toksynotwórczym szczepem *Vibrio cholerae*;
- 4) choroba wirusowa Ebola (EVD) oraz wirusowe gorączki krwotoczne o wysokiej śmiertelności, w tym Marburg i Lassa;
- 5) dżuma;
- 6) gorączka Q;
- 7) grypa wywołana nowym lub niesubtypowalnym szczepem wirusa;
- 8) grypa ptaków u ludzi lub grypa wywołana innymi szczepami pochodzenia zwierzęcego u ludzi;
- 9) inwazyjne zakażenia *Neisseria meningitidis*;
- 10) odra;
- 10a) 5) oспа małpia;
- 11) oспа prawdziwa;
- 12) ostre nagminne porażenie dziecięce (poliomyelitis);
- 13) wąglik w postaci płucnej;
- 14) zespoły ciężkiej ostrej niewydolności oddechowej (SARI) lub innej niewydolności narządowej o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej.

Część II. Zakażenia i choroby zakaźne, w przypadku których podejrzenia lub rozpoznania zakażenia, choroby zakaźnej lub zgonu z ich powodu dokonuje się zgłoszenia w postaci papierowej lub elektronicznej:

- 1) bąblowica i wągrzyca;
- 2) biegunki o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej u dzieci do lat 2;
- 3) borelioza z Lyme;
- 4) chlamydiozy – przenoszone drogą płciową;

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

- 5) Chikungunya;
- 6) choroba Creutzfeldta-Jakoba i inne encefalopatie gąbczaste;
- 7) czerwotka bakteryjna;
- 8) dury rzekome A, B, C i zakażenia pałeczkami rzekomodurowymi;
- 9) dur wysypkowy (w tym choroba Brill-Zinssera) i inne riketsjozy;
- 10) giardioza;
- 11) gruźlica;
- 12) grypa (sezonowa) – w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem szybkiego testu antygenowego lub badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa grypy lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa grypy;
- 13) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pneumoniae*;
- 14) inwazyjne zakażenia *Streptococcus pyogenes*;
- 15) inwazyjne zakażenie *Haemophilus influenzae*;
- 16) jersinioza;
- 17) kampylobakterioza;
- 18) kiła;
- 19) kryptosporidioza;
- 20) krztusiec;
- 21) legioneloza;
- 22) leptospirozy;
- 23) listerioza;
- 24) mikobakteriozy;
- 25) nagminne zapalenie przyusznic (świnka);
- 26) nosacizna;
- 27) ornitozy;
- 28) ospa wietrzna;
- 29) ostre porażenia wiotkie, w tym zespół Guillaina-Barrégo – u dzieci do 15 roku życia;
- 30) płonica;
- 31) pryszczycza;
- 32) różyczka i zespół różyczki wrodzonej;
- 33) rzeżączka;
- 34) salmonelozы inne niż wywołane przez pałeczki *Salmonella Typhi* i *Salmonella Paratyphi A, B, C*;
- 35) tężec;
- 36) toksoplazmoza wrodzona;
- 37) tularemia;
- 38) wąglik;
- 39) wirusowe gorączki krwotoczne, w tym żółta gorączka;

System Zarządzania Jakością	Wersja: 04
Monitorowanie i kryteria rozpoznawania zakażeń szpitalnych	PM - 21 KZ 2.1

- 40) wirusowe zapalenia wątroby (A, B, C, inne) oraz zakażenia wywołane przez wirusy zapalenia wątroby;
- 41) włośnica;
- 42) wścieklizna;
- 43) zakażenia żołądkowo-jelitowe oraz zatrucia pokarmowe o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 44) zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV) i zespół nabytego niedoboru odporności (AIDS);
- 44a) zakażenia wirusem RSV – w przypadku zachorowań potwierdzonych dodatnim wynikiem szybkiego testu antygenowego lub badań laboratoryjnych mających na celu izolację wirusa RSV lub wykrycie kwasu nukleinowego wirusa RSV;
- 45) zakażenia wirusem zachodniego Nilu;
- 46) zapalenia opon mózgowo rdzeniowych lub mózgu o etiologii infekcyjnej lub nieustalonej;
- 47) zatrucie jadem kiełbasianym (botulizm);
- 48) zespół hemolityczno-mocznicowy i inne postaci zakażenia werotoksycznymi pałeczkami *Escherichia coli* (STEC/VTEC);
- 49) zimnica (malaria);
- 50) zakażenia objawowe wywołane przez *Clostridium difficile*;
- 51) zakażenia objawowe wywołane przez *Enterobacterales* produkujące karbapenemazy (CPE).